

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1912-1913 — N° 54

DU TRAITEMENT
des
Hématocèles infectées
par Laparotomie et Drainage abdomino-vaginal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yvon MALIVER

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 28 Octobre 1888

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta 32

—
1912

DU TRAITEMENT
DES
Hématocèles infectées

par Laparotomie et Drainage abdomino-vaginal

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1912-1913 — N° 54

DU TRAITEMENT

des

Hématocèles infectées

par Laparotomie et Drainage abdomino-vaginal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Yvon MALIVER

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 28 Octobre 1888

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta 32

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. DOYON.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . .	LEPINE (J.).
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNEQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	X...
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . .	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne.	LESEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire	COURMONT (P.).
Médecine expérimentale et comparée.	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	PIC
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe :	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.),	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Etienne)	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY, ch...
PATEL.	LATARGET	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président; Aug. POLLOSSON, Assesseur;
MM. PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MA SŒUR

En gage de l'affection qui nous unit.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Qui nous fait le très grand honneur de
vouloir bien présider notre thèse, nous lui
adressons nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Il nous a toujours accueilli avec la plus
extrême bienveillance. Il nous a aidé de
ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Nous l'assurons de notre reconnaissance.
Il nous a fait profiter de sa grande expé-
rience. Il a bien voulu mettre à notre dis-
position les observations de son service.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

Introduction et Historique

L'existence d'une collection sanguine intra-pelviennne est un fait connu depuis les temps les plus éloignés. Hippocrate dans son IV^e et son V^e livre des Epidémies donne une description des collections sanguines du bassin.

Ruysch en 1691 décrit également une poche sanguine intra-pelviennne. Plus près de nous en 1823 Franck, dans le tome 5 de son traité de médecine pratique, note qu'il a trouvé un épanchement de sang dans l'utérus et la trompe ainsi qu'un suintement hématique recouvrant l'ovaire en petite quantité.

Dans la *Lancette française*, dans la *médecine opératoire* Récamier et Velpeau citent des observations d'un tel fait. Bernutz émit sur la pathogénie de l'hématocèle des théories à l'heure actuelle périmées. De 1850 à 1855 Malgaigne, Huguier, Nélaton, Barlow, Tardieu au point de vue médico-légal, Laboulbène, Gallard étudient les collections sanguines du petit bassin.

A la même époque Sabattier, Littré, Duverney, Albert de Brême et Branchi, puis Veit Wyder, Werth Zœdel, Orthmann, Pilliet avaient soupçonné les rapports qu'unissaient

la formation de ces collections sanguines avec la grossesse tubaire.

En 1857 et 1858, Richet et Delvalz cherchent à expliquer l'hématocèle par l'hémorragie du plexus ovarien. (Delvalz du varicolèle ovarien).

Il faut citer les travaux d'Huguier, ceux de Barnes puis les travaux allemands de Schröder et de Pritsch. En 1878, paraît la thèse d'agrégation de Poncet qui fait jouer un grand rôle dans la pathogénie des hématocèles à la rupture des vaisseaux dilatés et friables qui sillonnent les fausses membranes des pelvo-péritonites.

En 1883, paraît le travail de Lawson-Tait, *Lectures on Ectopy pregnancy*, il marque une étape nouvelle dans l'étude des hématocèles car pour la première fois l'on voit nettement mise en lumière l'importance des grossesses extra-utérines dans la pathogénie des collections sanguines du petit bassin.

A la suite de Lawson-Tait un grand nombre d'auteurs comme Martin, Vest, Pozzi confirment les théories émises par cet auteur. Aussi à partir de cette époque si sur le terrain pathogénique et étiologique il n'y a plus guère de discussion, celle-ci s'est reportée dans le domaine de la thérapeutique. La thèse de Cestan ouvre la discussion en 1894 ; celle-ci porte sur deux points qui, tour à tour discutés, n'ont cessé d'avoir des adversaires aussi convaincus que leurs partisans. Quelle est la voie la meilleure pour opérer les hématocèles : colpotomie ou laparotomie ?

Les noms de Bouilly, de Segond (congrès de gynécologie de Marseille 1898), ceux de Pozzi, Lejars, Ribemont, Dessaignes, Delauney, Pichevin, Reynier, Tessier, Laroynne, Pollosson, Albertin en France, se rattachent à cette

discussion ; elle a été aussi vive à l'étranger et la liste serait trop longue des noms qu'il nous faudrait citer.

Envisagée sous le jour particulier du sujet qui nous occupe, la question se pose toujours de savoir si, au cas d'une hématocele infectée, la laparotomie n'a pas des indications qui peuvent parfois la faire préférer à la colpotomie, ou plutôt si l'on ne peut pas associer ces deux méthodes dans le traitement que nous préconisons, la laparotomie suivie de drainage abdomino-vaginal. Avant de passer à ce chapitre de traitement nous consacrerons quelques pages à l'étude des hématoceles, en particulier aux causes qui provoquent leur infection et au diagnostic de celle-ci.

Des destinées de l'épanchement sanguin dans le péritoine

Nous n'insisterons pas sur l'étiologie et la pathogénie des hématoécèles, la plupart, comme nous l'avons dit précédemment, ressortissent de la grosseesse tubaire. Mais quand un épanchement sanguin s'est collecté dans le péritoine, quelle est l'évolution qu'il va subir ? Il y peut évoluer de trois façons :

Le sang peut rester liquide, il peut s'enkyster, il peut se résorber.

Il est évident que ce dernier processus ne s'aurait s'appliquer qu'à des collections sanguines de faible importance et que d'ailleurs cette évolution, pour être fréquente, l'est beaucoup moins qu'on ne le croyait autrefois. Ce travail de résorption s'accompagne souvent d'élévation de température et d'accélération du pouls, qu'il faut savoir différencier d'un processus infectieux.

I

Le sang reste liquide, cela dépend souvent de l'abondance du sang épanché et de la rapidité de l'écoulement.

Interviennent aussi pour une part les raisons qui empêchent le repos absolu de la malade : vomissements, mouvements même légers, changements de position dûs au transport à l'hôpital. L'état du péritoine, s'il est sain, favorise moins bien l'enkystement qu'un péritoine déjà adultéré. Quoiqu'il en soit, l'épanchement sanguin provoque dans le péritoine sain une réaction qui aboutit assez rapidement malgré tout à un enkystement relatif, sans que jamais pourtant il existe une membrane d'enveloppe isolable et bien distincte.

Pour que le sang s'enkyste d'emblée, il est nécessaire que deux facteurs interviennent d'après Cestan (thèse de 1894) : l'inflammation de la séreuse créant des adhérences rapides et la lenteur de l'écoulement sanguin. Les lésions de pelvi-péritonite préexistante peuvent être très étendues, on trouve alors des adhérences qui cloisonnent le Douglas et toutes les conditions nécessaires à une hémostase rapide, à un épanchement modéré sont réunies. Mais, même plus discrètes, ces adhérences favoriseront toujours la formation des caillots et l'hémostase, en venant en aide à la réaction du péritoine à l'hémorragie.

Que va devenir, abandonné à lui-même, ce sang épanché dans la cavité péritonéale et qui n'a pas tendance à se résorber, ou bien dont la résorption est incomplète ?

Ce sang peut manifester sa présence de deux manières, par des accidents mécaniques de compression, ou bien par des accidents infectieux dus à sa contamination secondaire. Le ténesme et la constipation sont dus à la compression exercée sur le rectum et la partie inférieure de l'S iliaque par la tumeur. Dans la *Semaine médicale*

de 1886, Vincenti relate un cas d'hématocèle donnant des accidents aigus d'occlusion intestinale complète. La vessie, les uretères peuvent également être l'objet d'accidents dus à la compression ; il en est de même de l'utérus qui se trouve refoulé contre le pubis, au cas d'hématocèle rétro-utérine. Les plexus nerveux voisins, lombaires et sacrés, peuvent aussi être l'objet de troubles analogues. La tumeur subit des modifications légères liées aux époques menstruelles et paraît augmenter quelque peu à ce moment.

Mais le danger le plus grand inhérent à la persistance d'une collection hématique dans le péritoine, danger dont la possibilité doit toujours être envisagée et qui demande une surveillance très grande des hématocèles traitées par l'expectative, c'est le danger d'infection.

Cette infection des hématocèles est-elle fréquente ? Il s'en faut que les hématocèles infectées soient d'une fréquence banale, elles le sont d'autant moins que la chirurgie est beaucoup plus interventionniste qu'autrefois et qu'ainsi l'infection sanguine n'a pas le temps d'évoluer. Thévenard, dans sa thèse de Paris, 1896, cite 15 cas sur 53 observations. Albertin et Desgouttes, dans une statistique publiée dans le *Lyon Chirurgical*, 1909, ont 2 cas sur 34 hématocèles traitées par la colpotomie, et 2 cas également sur 46 hématocèles traitées par laparotomie. Jacobson, en 1910 au V^e Congrès de gynécologie et d'obstétrique, en rapporte seulement 4 cas sur 215 observations ; en 1911, Keyes, de New-York, cite un cas sur 13 hématocèles ; enfin, dans une thèse de Lyon, 1911, Cleu rapporte 5 observations d'hématocèles suppurées traitées par la colpotomie.

Quels sont les facteurs étiologiques qui interviennent dans cette infection d'une collection sanguine? Voilà maintenant ce qu'il nous faut essayer de mettre en lumière.

Formant dans le péritoine une collection morte, inerte, le sang de l'hématocèle est un milieu bien favorable au développement d'une flore microbienne, et par suite à l'infection, et l'on peut presque s'étonner que celle-ci n'y soit pas plus fréquente.

Placée au contact du tube digestif et au voisinage de l'appendice, surtout si elle se complique de rétention d'un fœtus ectopique, l'hématocèle peut s'infecter de ce fait, et l'infection une fois déclarée se propage très vite dans cette poche qui ne contient que des tissus morts.

La thèse de Pellet 1908, faite sous l'inspiration de M. le Professeur Tixier, relate un certain nombre de cas d'infection d'hématocèles, ayant pour cause l'appendice. « L'appendicite, dit-il, constitue un foyer infectieux, situé au voisinage d'une collection sanguine, qui constitue un bouillon de culture favorable à la pullulation des germes. C'est la cause la plus banale de la suppuration des hématocèles siégeant dans le petit bassin, tellement, qu'en face d'une hématocèle infectée, on doit envisager la possibilité d'une appendicite, même en dehors de toute autre manifestation clinique. » Et plus loin, il ajoute : « Toutes les fois qu'au cours d'une grossesse extra-utérine, on constatera de la fièvre au moment des douleurs ; d'autre part, toutes les fois qu'à la suite d'une rupture de la trompe, la température, au lieu de décliner au bout de quelques jours, se maintiendra vers 39°, on devra penser à une infection venant de l'appendice ».

Il semble cependant que ce soit aller un peu loin que d'admettre une telle constance dans l'étiologie de l'infection des hématocèles ; d'ailleurs, pour la thèse que nous soutenons, c'est un argument de plus en faveur de l'intervention abdominale, car par la seule colpotomie, il est difficile d'atteindre un foyer appendiculaire, point d'origine de l'infection. Mais il n'est pas besoin d'une affection appendiculaire pour justifier une infection qui peut se produire par voisinage de l'intestin même sain, mais dont le contenu septique peut venir par voie lymphatique infester la collection sanguine épanchée. On sait de part ailleurs, que les agents microbiens peuvent traverser la barrière que leur opposent les parois intestinales et venir cultiver dans le milieu favorable qui leur est offert.

II. — INFECTION D'ORIGINE GÉNITALE

L'infection génitale, mise en doute par un certain nombre d'auteurs, et que Pellet, dans sa thèse, sous l'inspiration de M. le Professeur Tixier, qualifie d'hypothétique, existe cependant. Sans doute l'hypothèse d'une infection comme condition étiologique indispensable à la grossesse ectopique, opinion soutenue par Lawson Tait, est bien battue en brèche, et la grossesse ectopique survient souvent chez des femmes à passé génital intact. Bien plus, on a prétendu même qu'une infection tubaire serait une condition défavorable à une greffe ovarienne. Cependant, cette opinion n'est pas universellement admise, puisque dans un article paru dans les *Annales de la Société Belge*

de Chirurgie, et rapporté dans le *Journal de Chirurgie* 1912, Henault, à propos de 14 cas de grossesse tubaire, admet comme étiologie l'origine inflammatoire prédominante, et insiste sur la métro-salpingite gonococcique; sur 14 cas, il trouve 9 salpingites et 4 métrites. Nous retrouvons un semblable passé génital chez une malade citée dans le travail de Cleu; enfin, dans notre observation n° I, la malade présentait une trompe rompue, et celle du côté opposé, était noueuse et suppurée, présentant par conséquent des traces inflammatoires anciennes. Cette salpingite avoisinante peu donc, dans certains cas, expliquer l'infection de la poche sanguine. Dans d'autres cas il faut incriminer des manœuvres abortives, telle une malade de Cleu, qui s'y était livrée dans un but criminel; dans le cas cité, c'était des injections d'eau vinaigrée faites avec une asepsie évidemment douteuse. D'autrefois, c'est un curettage de l'utérus, parce que l'affection a passé méconnue, qu'il faut incriminer. Il est d'ailleurs des causes favorisantes de ce mode d'infection. Dans un article paru dans la *Semaine Médicale* de juillet 1910, Lejars envisage les cas d'avortement tubaires incomplets, amenant une hémorragie à la fois intra-péritonéale et utérine, hémorragies tenaces que l'on considère comme une métrite hémorragique que l'on traite par le curettage, et dont le grand danger est l'infection; infection qui, d'ailleurs, d'après Villette (thèse de Paris 1911), serait, parce qu'elle créerait une fragilité spéciale des vaisseaux de la trompe, une des causes prédisposantes à ces inondations péritonéales sans rupture de la trompe.

Ce mode d'infection a été bien mis en lumière à pro-

pos d'un cas particulier, par M. le Professeur Vautrin, de Nancy (*Gynécologie* 1910) :

« Je considère, dit-il, que l'avortement tubaire abdominal, compliqué de rétention ovulaire, constitue une forme grave de terminaison de la grossesse ectopique. La raison en est dans la persistance de l'écoulement sanguin tubo-abdominal. Cette colonne sanguine, qui s'étend en permanence de l'orifice vulvo-vaginal au kyste fœtal et même au pelvis, sert de fil conducteur à l'infection, de là, la plus grande fréquence des hématocèles infectées dans ce cas. Qu'un traitement intempestif s'adresse à l'hémorragie, comme le curettage, par exemple, l'écouvillonnage, le tamponnement ou des cautérisations intra-utérines, on devra survenir avec une intensité des plus grandes une suppuration pelvienne, d'autant qu'il y a très souvent confusion avec la métrite hémorragique. Trop facilement, on s'attache à ce dernier diagnostic et on oublie que l'hémorragie, chez une femme encore jeune, j'entends l'hémorragie persistante et peu importante, l'écoulement de sang noir, est le signe d'une rétention de débris ovulaires dans l'utérus ou la trompe, souvent dans la trompe seulement, »

III. — INFECTION D'ORIGINE SANGUINE

L'infection d'une hématocèle peut encore se faire par la voie sanguine dans le cas d'une rupture tubaire survenant au cours d'une infection générale et souvent hâtée par cette dernière. Les agents microbiens circulant dans le sang auront tendance à se localiser en un point de

moindre résistance, comme l'est justement une trompe utérine rupturée, avec le matériel mort que constituent le sang épanché, le placenta ainsi que le contenu ovulaire. Il est bien certain cependant que ce mode d'infection sera beaucoup moins fréquent que les deux autres précédemment décrits.

Que va devenir maintenant, si on l'abandonne à elle-même, cette collection hématique suppurée ? L'infection à point de départ local peut se généraliser, ce qui est rare, et si l'on n'intervient pas la femme meurt de septicémie aiguë ou chronique. Si les agents infectieux gagnent les lymphatiques péritonéaux, il se produit une péritonite généralisée rapidement mortelle.

Plus souvent la poche hématique suppurée peut s'ouvrir et s'évacuer au dehors, le plus souvent cette ouverture se fait dans le rectum et son issue est précédée de coliques et de rectite ; des troubles dysentériques font leur apparition connus sous le nom d'entérite glaireuse. En effet il s'écoule en même temps que les selles une grande quantité de liquide noirâtre grumeleux ressemblant à de la gelée ou à de la mélasse.

La tumeur peut dès lors subir deux évolutions : ou bien elle s'affaisse complètement et guérit, ou bien, et le cas est fréquent, il s'établit une communication fistuleuse entre le rectum et la tumeur sanguine, d'où infection intarrissable amenant la cachexie et parfois une péritonite suraiguë par infection secondaire de la poche hémato-célique, dont un cas mortel typique observé par Ollier et rapporté par Figari (thèse de Montpellier 1884).

L'ouverture dans le vagin est plus rare que l'ouverture dans le rectum ; le plus souvent, il se fait une ouverture

simultanée dans ces deux organes avec effondrement de la cloison recto-vaginale.

On peut citer des cas d'ouverture dans la vessie, il y en a deux qui ont été rapportés dans les bulletins et mémoires de la Société de chirurgie 1898. Ces ouvertures donnent lieu à des accidents de pyélite et de pyélonéphrite.

Parfois il y a ouverture spontanée à la paroi abdominale, mais le plus souvent le pus fuse dans le péritoine et il est aisé de comprendre la gravité d'un tel accident.

En présence de la possibilité de semblables complications, si on abandonne à elles-mêmes des collections infectées du petit bassin, on comprend qu'il faille opposer une thérapeutique active et chirurgicale, basée sur un diagnostic que nous allons maintenant chercher à établir.

Symptomatologie et Diagnostic

Le diagnostic d'hématocèle infectée se compose de deux parties : le diagnostic de l'hématocèle tout d'abord, et ensuite celui de l'infection. C'est l'un et l'autre de ces deux facteurs qu'il s'agit de mettre en lumière pour appliquer ensuite la thérapeutique qui paraîtra la plus rationnelle. Nous n'envisagerons pas la formation de l'hématocèle, nous la prenons toute constituée, et comme les signes objectifs en sont assez obscurs il ne faut rien négliger des commémoratifs qui, dans le cas d'une tumeur pelvienne, peuvent être d'un grand secours.

Ce sont les signes de la grossesse tubaire qui doivent être mis en lumière ; il faudra rechercher les signes prémonitoires du début d'une grossesse, tels que l'augmentation du volume des seins, la pigmentation de l'aérole du mamelon, l'écoulement de colostrum. Ces signes de début sont souvent vagues et passent alors inaperçus des

malades que l'on interroge. Cependant les règles sont modifiées dans la plupart des cas, 30 fois sur 50 d'après Bouilly, et supprimées chez un tiers des malades d'après Pinard.

Le plus ordinairement il y a un retard suivi d'une perte plus ou moins douloureuse et abondante, intermittente et traînante. Le symptôme douleur à siège pelvien joue un rôle assez important dans les anamnestiques. La malade les dépeint comme une sensation de déchirement dans le ventre. Quelquefois elles trompent soit par leur siège, soit par leur intensité variable. Elles en imposent entre autres soit pour de l'appendicite, soit pour des coliques intestinales, hépatiques ou néphrétiques. Elles occupent tout le petit bassin, ou même souvent une des fosses iliaques ou un des flancs ; parfois elles siègent dans les lombes. En un mot c'est une douleur décevante comme siège. Dans certains cas, cependant, ces douleurs peuvent être assez caractéristiques dans leur forme, et certaines femmes les comparent à un rongement. (*Fabre, traité d'obstétrique*). Au lieu d'être rouge et vermeil, comme dans les écoulements menstruels, le sang de la perte, d'abord fluide et rose, devient par la suite plus épais, noirâtre, ou, au contraire, rouillé et séreux.

Tout au début de la grossesse ectopique peuvent survenir des phénomènes péritonéaux pénibles, des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie, puis des douleurs pelviennes à paroxysmes menstruels. (Pinard). Jusqu'à présent il n'y a rien de bien caractéristique dans les commémoratifs ; il en est ainsi jusqu'au moment où survient la crise qui donnera naissance à l'hématocèle. Bouilly a donné une description typique de la rupture de

la grossesse tubaire à grand fracas, de celle que l'on peut caractériser d'un mot en disant qu'il y a ictus péritonéal. Ce sont en effet ces deux facteurs : l'hémorragie et le péritoine qui fournissent les éléments de ce tableau clinique dramatique. Mais dans les cas que nous envisageons, ce type de rupture n'est jamais réalisé au complet et il faut compter dans les commémoratifs sur une notable réduction des symptômes. Les cas à symptomatologie suraiguë, répondent en effet à l'inondation péritonéale qui peut être d'emblée mortelle et qui en tout cas est opérée soit sur le champ, soit par une laparotomie retardée, comme l'a préconisé Albertin dans la thèse de Gosswiller, afin de permettre aux accidents dus au schok péritonéal de se dissiper sans venir, comme dans une opération d'emblée, s'ajouter au schok opératoire. En tout cas l'infection ne saurait être en jeu dans ces cas, car elle n'a pas le temps de se produire.

Assez souvent, aux signes précédemment décrits, viennent s'ajouter ceux d'une hémorragie interne, c'est-à-dire de la pâleur des téguments et de la décoloration des muqueuses, des tendances à la syncope, des sueurs froides et visqueuses, la fréquence et l'instabilité du pouls, le refroidissement des extrémités. S'il y a plusieurs crises, la température peut subir une élévation à chacune d'elles, ce qui marque une réaction du côté du péritoine.

Du côté de l'appareil digestif, il y a des signes marquant la réaction péritonéale et qui auront souvent laissé une trace dans les souvenirs de la malade. Ce sont des nausées, des vomissements bilieux ou alimentaires.

Enfin les phénomènes de compression que nous avons déjà signalés, se manifestent surtout du côté du rectum

par de la dyschésie, de la constipation, de la rectite glai-reuse du côté de la vessie par du ténésme, de la dysurie, parfois par de la rétention.

Tels sont, dans leurs grands traits, les principaux signes qui, observés ou bien recherchés au lit des malades, aideront au diagnostic d'hématocèles. Mais, jusque-là, nous n'avons envisagé que l'étiologie la plus ordinaire, qui est celle de la rupture d'une grossesse extra-utérine. Il est toute une série d'autres hématocèles où la grossesse ectopique n'est pas en cause (thèse de Tartanson 1909), et où l'épanchement sanguin est insidieux. C'est aussi le cas des avortements tubaires sans rupture de la trompe, dont on trouve des observations fréquentes dans la littérature médicale.

La simple inspection ne fournit guère de renseignements, tout au plus si l'on peut voir la paroi abdominale soulevée par une tumeur médiane ou inclinée légèrement à droite, d'après Nélaton. Parfois il existe un léger œdème des membres inférieures par gêne de la circulation de retour.

Lorsque l'épanchement s'est fait en péritoine libre d'adhérences, on perçoit par l'examen bimanuel, une tumeur arrondie, qui en haut ne présente pas des limites bien précises. Dans le vagin elle dédouble la cloison recto-vaginale et fait saillie sur la paroi postérieure. Au début, on peut soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal, percevoir la fluctuation, mais bientôt on sent une résistance élastique donnant parfois la sensation de neige froissée et produite par la pression des caillots les uns sur les autres. Plus tard, la consistance devient inégale, avec des alternatives de dureté cartilagineuse et

de mollesse. L'utérus est refoulé en haut et en avant, derrière le pubis, au point d'être quelquefois inaccessible au doigt vaginal ; plus rarement il est abaissé ; la tuméfaction paraît l'enserrer, et parfois elle offre l'aspect d'un cœur de carte à jouer : à noter quelquefois la teinte ecchymotique du vagin.

Trois semaines après, en général, la tumeur a pris une consistance uniforme ; elle s'offre sous l'aspect d'une masse dure, ligneuse ; c'est du moins la consistance des hématoécèles à marche lente et progressive.

Quand le Douglas n'est pas libre, ce qui est surtout le cas des rétro-déviations utérines fixées par des adhérences, l'épanchement se fait en avant et souvent assez haut pour empêcher tout examen vaginal ou bien c'est le cul-de-sac antérieur qui vient bomber sous la main au lieu et place du cul-de-sac postérieur.

Lorsque l'hématoécèle est infectée, aux signes dépendant de l'irruption du sang dans le péritoine, viennent s'en ajouter d'autres dépendant de l'infection et comme ces derniers viennent compliquer les premiers, que ceux-ci peuvent passer inaperçus des malades que l'on examine, il en résulte que souvent le diagnostic est hésitant et reste à faire avec la plupart des collections suppurées du petit bassin.

Quels sont donc les signes cliniques de l'infection des hématoécèles ? Le premier et le plus important de tous est l'élévation de la température ; la malade, dont nous relatons l'histoire dans notre observation présentait, la veille du soir de l'opération, une température de 39° 8. Cette élévation de température ne se fait pas brusquement, mais cependant elle est assez rapide et se fait en quelques jours lorsque l'infection s'est déclarée.

Une fois la température établie, elle se maintient persistante. Sans doute elle peut subir de grandes oscillations qui s'étendent parfois sur plus d'un degré, tel le cas d'une de nos malades où l'on voit la courbe oscillée de 38° 8 à 39° 8, mais jamais la malade n'est apyrétique. Une objection que l'on peut faire à ce diagnostic d'infection basé sur la température est la suivante : dans les cas d'hématocèles sans complication on constate très souvent une élévation thermique persistante, en relation avec la résorption de l'épanchement sanguin par le péritoine.

Est-il possible d'établir un diagnostic entre ces deux causes d'élévation thermique ? Dans une discussion qui eut lieu au Congrès de chirurgie de Paris 1908, Pozzi et Delaunay déclarent ne pas partager l'avis d'Albertin au point de vue de l'indication de la colpotomie dans l'hématocèle infectée, parce que le plus souvent il est impossible de déterminer l'existence de l'infection. « J'ai souvent en effet, déclare M. le Professeur Pozzi, opéré des malades qui avaient 40° et chez lesquelles je n'ai trouvé que des caillots. » A cela Albertin, dans un article paru dans le *Lyon chirurgical* 1909, répond que l'on devra porter le diagnostic d'hématocèle infectée quand les malades présenteront des phénomènes fébriles avec oscillations et grands frissons. Il semble en effet que ce soit ce dernier élément surtout qui entre pour une part importante dans le diagnostic avéré d'infection, car il manque dans les cas de résorption simple ; d'autre part si dans certains cas les phénomènes de résorption peuvent amener des élévations thermiques très marquées, la plupart du temps l'élévation de la température est faible et sa persistance n'est pas indéfinie comme dans les cas d'infection. Cependant il ne

faut pas tabler sur cette durée de la température pour établir un diagnostic hésitant, car l'infection, si elle est en jeu, ne permet pas une thérapeutique d'attente ; mais d'autres symptômes surajoutés permettent de trancher le diagnostic. « L'état général des infectées, dit Albertin, subit une certaine altération : la langue est saburrale, la céphalée souvent violente. » Dans les hématoécès simples où la température est due uniquement à la résorption sanguine, on ne constate aucun de ces symptômes ; la fièvre existe seule et ne retentit point sur l'état général. D'autre part ces malades qui résorbent ainsi leur épanchement sanguin présentent souvent un teint jaune citron dû au passage des pigments sanguins dans la circulation générale et à leur résorption ; puis l'analyse des urines permet souvent de déceler l'urobiline résultant de la destruction de ces pigments.

Enfin dans les hématoécès infectées en voie de suppuration on voit apparaître fréquemment des signes de péritonite ou plutôt de réaction péritonéale avec ballonnement du ventre, accélération du pouls, vomissements, douleurs au palper ; le toucher vaginal révèle une tuméfaction du Douglas très chaude et animée parfois de battements. Rien de tel dans les cas simples.

Pris isolément, on le voit, aucun de ces signes n'est caractéristique, mais dans leur ensemble ils forment un tableau symptomatique qui permet assez rarement le doute et sur lequel le diagnostic d'infection peut s'étayer, d'autant que l'examen du sang de la malade, au point de vue cytologique, peut apporter une dernière preuve. Dans les suppurations, en effet, quelle que soit leur origine, il existe une neutrophilie toujours supérieure à 70 ou même

80 %. Cette réaction est moins nette pour les tumeurs très enkystées ; elle existe cependant dans les cas d'hématocèles qui sont des collections semi-enkystées ; c'est là une preuve de plus à l'appui de la suppuration.

Il nous reste maintenant à ajouter un dernier paragraphe à ce chapitre, celui du diagnostic différentiel. Le chirurgien, en effet, peut se trouver parfois en présence d'une malade chez qui le diagnostic d'une suppuration pelvienne peut être posé, mais il faut encore établir celui d'hématocèle et le distinguer d'avec toutes les suppurations ou inflammations du petit bassin et des annexes.

L'affection annexielle qui offre le plus à confusion avec une hématocèle, et surtout une hématocèle infectée, est la rupture d'une salpingite purulente. L'erreur est assez fréquente pour avoir fait l'objet d'une thèse, celle de Krien en 1898 : *De la rupture des salpingites suppurées simulant l'hématocèle*. Cet auteur relate trois cas de salpingite confondus avec des hématocèles et recueillis dans le service de Campenon. Depuis, on en a signalé un certain nombre d'autres, telles les observations publiées par Proust et Mascarenhas dans le *Bulletin de la Société anatomique de Lyon*, 1909, et deux autres de Lejars, dans les comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, de février 1905, et que nous résumons ici :

Observation I. — Début de la maladie imprécis ; à l'hôpital : faciès grippé, température 37°, pouls 130 contrastant avec la température. Ventre ballonné et dur. Au toucher, masse dans le Douglas. Diagnostic : péritonite d'origine douteuse par pyosalpinx ou rupture d'hémato-

cèle suppurée. Cette dernière hypothèse est rendue plus vraisemblable par l'existence d'un retard d'un mois.

Opération : pus dans le ventre, non fétide. Quelques adhérences molles, double pyosalpinx, celui du côté gauche est rompu.

Observation II. — Début brusque, il y a trois semaines. Au toucher, grosse masse rétro-utérine. On fait le diagnostic d'hématocèle en voie de suppuration. Une colpotomie conduit dans une cavité rétro-utérine absolument vide, mais au fond de laquelle on sentait vaguement une masse indurée. Ne pouvant préciser ces sensations, on se contente de drainer par le Douglas. La fièvre continue ; il se développe un plastron induré dans la fosse iliaque droite. Laparotomie latérale. La trompe droite est épaisse et rompue près de son attache utérine.

Voilà donc deux cas où le diagnostic d'hématocèle infectée a été une fois hésitant, une autre fois porté, et où la laparotomie effectuée, on s'est trouvé en présence d'un pyosalpinx rompu.

Quels sont donc les symptômes de rupture d'un pyosalpinx ? Cette rupture est le plus souvent brusque ; parfois même, elle se fait d'une façon dramatique, débutant par une douleur violente, provoquant souvent la syncope et siégeant dans la partie inférieure du ventre. Ce début brusque donne à la mort, quand l'affection est livrée à elle-même une allure dramatique qui peut avoir pour effet l'intervention du médecin légiste : cet accident dans les cas suraigus pouvant, comme l'hématocèle, donner lieu à un soupçon d'empoisonnement. Lorsque la péritonite diffuse s'installe parce que la rupture s'est faite en

péritoine libre, les symptômes sont si graves que le diagnostic est entraîné d'emblée.

Celui-ci n'est hésitant qu'au cas où la rupture s'est faite dans une poche faiblement limitée par des adhérences qui évitent pourtant la péritonite diffuse. La malade est prise alors d'une douleur aiguë, d'abord dans un côté du ventre, puis irradiant dans une partie de l'abdomen, ou même l'envahissant tout entier. Au bout de quelques heures, apparaissent des vomissements et des nausées. Le ballonnement du ventre est généralement modéré, siégeant surtout dans la région hypogastrique. Les mictions sont difficiles et douloureuses ainsi que la défécation, parfois il y a de la constipation. Au bout de deux ou trois jours, les symptômes se calment peu à peu, tout rentre dans l'ordre, et progressivement la douleur devient supportable. Le pouls est rapide, la température élevée. La palpation éveille, au niveau des fosses iliaques, une douleur très vive empiétant plus ou moins sur la ligne médiane. Cette douleur est surtout ressentie au moment où l'on retire la main (Campenon). Le toucher vaginal est excessivement douloureux ; il renseigne toujours sur l'existence de lésions pelviennes plus ou moins étendues car il existe le plus souvent des lésions biannexielles.

En fouillant les antécédents des malades, on trouve toujours un passé génital plus ou moins accusé ; il n'existe pas de signes d'anémie coïncidant avec les signes d'infection, ce qui ne manque pas dans les hématoécès suppurées : donc douleur et élévation de température concomittante, ce qui n'a jamais lieu dans les hématoécès, où la température ne s'établit qu'au moment de l'infection ou quand la résorption commence, mais jamais

en même temps que les phénomènes douloureux de la rupture, douleur suraiguë au toucher vaginal, absence de signe d'hémorragie, passé génital existant toujours, lésions très souvent bilatérales des annexes : voilà les facteurs principaux du diagnostic différentiel de l'hématocèle infectée et de la rupture d'un pyosalpinx.

Le second diagnostic différentiel qui peut se présenter, est celui d'hématocèles et de pelvi-péritonite, non pas la pelvi-péritonite primitive qui se collecte rarement, mais celle que Bernutz décrit sous le nom de pelvi-péritonite blennorrhagique et qui sous la forme séreuse, purulente ou plastique, donne lieu à des collections qui s'enkystent dans le Douglas, et peuvent, au moment où elles se produisent, en imposer pour des hématocèles. La pelvi-péritonite peut survenir comme épiphénomène se surajoutant à un état pathologique antérieur ou faire son apparition d'emblée, la poussée péritonéale étant le commencement apparent de l'inflammation annexielle.

La malade est prise de frissons, de nausées, de vomissements d'abord glaireux, rapidement bilieux et même poracés. Puis survient une douleur extrêmement vive, brusque, soudaine, atroce, qui semble primitivement s'étendre à tout l'abdomen, puis se localise rapidement au bassin. Cette douleur qui s'exaspère par le moindre effort, le plus léger mouvement oblige les malades au repos absolu sur le dos, les cuisses fléchies pour éviter tout effort. La respiration est rapide. Il y a de la constipation, du météorisme et parfois du ténésme vésical.

Le pouls est petit, fréquent, irrégulier ; la température s'élève mais dépasse rarement 39°. Le faciès est pâle, anémié, souvent les yeux sont excavés. Les règles sont

parfois supprimées, mais la leucorrhée utérine est augmentée. Il est impossible de faire pendant cette période aiguë la moindre exploration ; on peut, en appliquant la main, sentir le ventre chaud tendu, et quelquefois, percevoir des battements artériels. Lorsque au bout de quelques jours, les phénomènes s'apaisent, le toucher vaginal devient possible.

On trouve alors dans le bassin avec tuméfaction régulière, lisse, dure, parfois pâteuse qui peut faire saillie dans le cul-de sac vaginal postérieur. Souvent cette masse entoure le col à la manière d'un fer à cheval ouvert en A et en est séparée par un sillon plus ou moins perceptible.

Quelquefois on peut percevoir au niveau du cul-de-sac de Douglas, une véritable fluctuation, d'autres fois tout est induré et le doigt semble pénétrer dans un vagin de carton.

La suppuration se manifeste par la persistance des douleurs et de la fièvre, l'apparition de petits frissons avec exaspération vespérale, les sueurs nocturnes, en un mot le tableau symptomatique de tout état infectieux. La tumeur devient alors rénitente ou fluctuante, ou bien encore donne la sensation de masses œdémateuses ramollies.

La notion d'un passé génital avéré, les phénomènes infectieux à début brusque, comme la douleur, la tendance moindre à la syncope au début des accidents, la consistance moins molle de la tuméfaction, l'étude fouillée des antécédents, l'absence de cette inégalité de consistance partie solide, partie liquide, qui apparaît dans les hématoécèles, sous l'influence du travail de désagrégation que subit le caillot sanguin, ce qui ne se produit pas dans les autres collections suppurées, permettent de faire le

diagnostic ; mais dans les cas anciens la confusion est toujours possible.

Nous ne parlerons qu'en passant du diagnostic avec le phlegmon pelvien, celui ci est généralement consécutif à une infection puerpérale accompagnée de température élevée. Il débute par une lymphangite qui envahit le paramètre et qui suppure ensuite ; d'ailleurs l'existence d'une tuméfaction unilatérale immobile confondue avec l'utérus, d'une consistance ligneuse, est un signe presque pathognomonique.

Certaines métrites aiguës par la fièvre, la vive douleur, la paramétrite étendue, le pseudo fluctuation et le péritonisme qu'elles déterminent, peuvent faire penser à une hématocele suppurée. Il est inutile de dire que le toucher vaginal lèvera tous les doutes.

Il est une affection qui peut revêtir le masque de l'hématocele infectée, au point qu'elle peut induire en erreur des chirurgiens avertis : c'est l'appendicite que Tixier au Congrès des sciences médicales du 14 février 1900, nomme la grande simulatrice des maladies de l'abdomen.

Dans une observation de Sihol citée par Pellet, une appendicite enflammée plongeant dans le petit bassin au contact des annexes droites, avait produit une congestion génitale avec arrêt des règles pendant trois mois qui, au moment de l'examen, en avait imposé pour une grossesse extra-utérine en train d'avorter. Les cas d'appendicite qui peuvent prêter à confusion sont ceux qui s'accompagnent d'abcès péri-appendiculaires, quand il y a eu un début brusque par perforation, puis péritonite enkystée surtout lorsque l'appendice est en situation pelvienne.

Le diagnostic se fera en premier lieu d'après les antécédents : la femme n'a pas de passé génital, mais par contre depuis quelque temps elle présente des troubles digestifs ; d'autre part l'existence d'une tuméfaction péri-appendiculaire ne coïncide pas avec la crise douloureuse, comme c'est le cas pour une hématoçèle ou la tuméfaction se forme en même temps que se produisent les symptômes douloureux. C'est à partir du deuxième et du troisième jour que la tuméfaction apparaît. Elle se développe de haut en bas, est unilatérale, s'accompagne de température persistante, enfin est difficilement perceptible par le toucher vaginal. Mais ce qui est le plus fréquent c'est la coexistence d'une appendicite et d'une hématoçèle infectée, il nous faut le rappeler ici et nous aurons encore besoin de nous en souvenir quand nous discuterons le traitement,

Dans un article paru dans la *Gynécologie* (4 avril 1911), J.-L. Faure préconise le diagnostic des hématoçèles par la ponction exploratrice du cul-de-sac postérieur du vagin. C'est, dit-il, un procédé d'exploration très simple et qui cependant est rarement employé. Le manuel opératoire est d'une grande facilité. Une seringue de Pravaz quelconque munie d'une aiguille un peu longue, analogue à celles qui servent aux ponctions lombaires ou aux injections intra rachidiennes, une valve vaginale un peu courte, une pince pour fixer le col, cet arsenal rudimentaire suffit à tous les cas. Une simple piqûre du cul-de-sac postérieur suffit à amener assez de liquide pour qu'il soit possible de juger de sa nature et de porter le diagnostic d'infection. La ponction faite, l'aiguille retirée, il n'y a aucune précaution particulière à prendre et

cette piqûre insignifiante n'a besoin d'aucun traitement spécial. Son inocuité est à peu près absolue ; l'accident le plus grave qu'elle puisse entraîner, la piqûre du rectum ou d'une anse d'intestin grêle, est, en raison de la petitesse de l'aiguille, d'une béginité à peu près complète.

Traitement

Il nous reste maintenant à écrire un chapitre controversé s'il en fut, celui du traitement. Même dans le cadre forcément restreint où nous nous maintenons, le sujet donne lieu à des discussions très vives et les partisans de la voie haute et de la voie basse ont cherché tour à tour et exclusivement à imposer leur méthode. L'étude de quelques observations, que nous devons à l'obligeance de MM. Albertin et Patel, va nous servir de point d'appui pour l'exposé d'un procédé opératoire qui unit la laparotomie à la colpotomie.

Dans ce chapitre nous n'avons pas en vue le traitement des hémorragies cataclysmiques, offrant les symptômes de l'inondation péritonéale. Une thérapeutique indiscutée s'impose dans ce cas et quelle soit retardée ou précoce, la laparotomie ne permet pas à la tumeur sanguine de s'enkyster et d'évoluer vers l'infection.

Avant d'entrer dans la discussion des faits et des opinions actuelles sur la question, il faut retracer dans un court historique la façon dont a été compris à diverses périodes le traitement des hématocèles dans ses complications et dans le cas particulier d'infection.

Tandis que cette complication actuellement, et pour la plupart des chirurgiens, change du tout au tout la conduite à tenir et qu'il y a pour eux une opposition très marquée entre l'hématocèle simple et l'hématocèle infectée, et deux thérapeutiques différentes; il y a seulement une trentaine d'années, l'infection était considérée comme une suite peu fréquente de l'épanchement sanguin, mais il n'y avait pas contre elle une thérapeutique bien différente de celle qui s'adressait à une hématocèle non compliquée.

Selon Bourdon (*Revue médicale*, 1841), Callisen fut le premier qui ouvrit par la voie vaginale une collection suppurée pelvienne. Son exemple fut bientôt suivi par Macarn, 1788 (*in* Morely, thèse de Paris, 1900). Pelletan, Velpeau, Dupuytren (leçons orales, tome III, 1839), employèrent également cette méthode. Mais celui qui érigea en pratique un procédé spécial dans le traitement des collections hématiques, qu'elles fussent suppurées ou non, est Récamier. Il les traita par la ponction au trocart du cul-de-sac vaginal postérieur et fut suivi dans cette voie par Demarquay. C'est cette ponction au trocart qui plus tard a été à nouveau préconisée par Laroyenne qui fut le véritable novateur de la colpotomie. C'est contre cette ponction curatrice, à laquelle Chassaignac avait encore donné un nouvel essor en créant un autre instrument, que réagit Néaton, car elle était notoirement insuffisante, favorisant l'infection dans les cas non suppurés, n'assurant pas une évacuation convenable aux cas d'hématocèles en voie d'infection.

Néaton eut recours à l'incision vaginale pour évacuer les collections rétro utérines. La méthode n'est donc pas

neuve : appliquée dans tous les cas indistinctement, elle donna quelques rares succès bientôt suivis de désastres, et sous l'influence de Malgaigne et de Nonat, elle fut complètement abandonnée. Jusqu'en 1870, on s'en tint au traitement purement médical, comptant sur la résorption spontanée des épanchements sanguins, résorption assez fréquente d'ailleurs. On s'opposait par une thérapeutique purement médicale aux complications inflammatoires, et l'on comptait sur une évolution fréquente vers un des orifices naturels et une évacuation spontanée de la collection par le rectum ou par le vagin.

C'est d'ailleurs cette réaction contre le traitement chirurgical que l'on trouve dans un certain nombre d'ouvrages de gynécologie, datant de la période préantiseptique. Courty, dans son traité des maladies de l'utérus, paru en 1881, préconise une thérapeutique purement expectante, même au cas où des phénomènes infectieux font leur apparition. Lorsque la tumeur tend à suppurer, dit-il, qu'il y a des frissons énatiques, on se trouvera bien de l'administration de sulfate de quinine ; lorsque le pus se sera fait jour au dehors, on soutiendra les forces par les vins généreux : le quinquina, le fer joints à une bonne et saine nourriture. Par ces soins méthodiques, ajoute-t-il, on pourra mener à bien la cure de l'hématocèle et prévenir l'infection purulente qui est à craindre quand la tumeur s'abcède par le rectum. De Synéty en 1884. Emmet en 1887, parlent du traitement par la colpotomie et le drainage des hématocèles suppurées. Cependant, on opérait peu pour cette complication, et même en 1888, on voit Bernitz faire faire une sorte de recul au traitement chirurgical, puisqu'il préconise seulement la ponc-

tion au cas d'infection confirmée, lorsque la poche infectée a tendance à vouloir s'ouvrir dans le péritoine, dans le cœcum ou l'iliaque.

C'est d'ailleurs à cette époque que l'on trouve le maximum d'observations relatant ces ouvertures spontanées par les orifices naturels, et que l'on peut se rendre compte du danger qu'une thérapeutique d'attente peut produire dans les cas particuliers où nous nous plaçons. En effet Courty, cité par Bernutz (*Conférences cliniques sur les Maladies des Femmes*), donne une statistique de 52 cas, dont 26 se terminent sans opération par la résolution pure et simple; 19 autres cas ont donné lieu à des complications infectieuses, 6 se sont terminés par la mort par péritonite, 13 autres se sont vidés par ouverture spontanée dans le rectum, et sur ces 13 cas, 1/4 a eu une évolution mortelle. On voit donc que si les hématoécèles ne fournissent pas maintenant une statistique aussi noire, c'est qu'à une thérapeutique médicale a succédé un traitement chirurgical et que le diagnostic d'infection commande une intervention immédiate.

Il est d'ailleurs curieux de voir que, tandis qu'en France une thérapeutique expectative était surtout employée, en Angleterre à la même époque, les chirurgiens se montraient beaucoup plus audacieux, puisque Lawson-Tait, conseille, dans les cas d'hématocèles suppurées d'ouvrir l'abdomen, de vider et de nettoyer le foyer purulent et de drainer ensuite. Il a publié cinq cas de guérisons ainsi obtenues (*Lawson-Tait on the treatment of pelvis suppuration by abdominal section and drainage*), in *Médec. Chirurgic. Transact.*, t. LXIII, et dans la *Revue des Sciences Médicales* (t. XVIII 1881). Il fut suivi dans cette voie par Duvelius

et Martin ; ce dernier y joignant le drainage du cul-de-sac vaginal.

Les progrès de l'antisepsie donnent lieu à une thérapeutique moins inactive, et alors s'élèvent aussitôt des discussions entre les partisans des deux voies d'accès principales sur la tumeur pelvienne.

L'écho de ces discussions nous est venu dans de nombreux travaux et des discussions multiples aux différents congrès de chirurgie. La première en date est celle qui eut lieu en 1896, au cours de laquelle Reynier et Tixier se posaient en partisans déterminés de la voie haute, tandis que Segond, Bouilly, Schwartz, Tuffier et Routier soutinrent ardemment la thèse opposée. Ce fut l'époque où parut toute une série de travaux portant sur la colpotomie et dont les auteurs sont : Pozzi, Kelley de New-York, Rosembat, Phocas, Le Dentu, Hartmann, Sassy, Picqué, Dally, Legueu, Massier, Mouly et à Lyon, en particulier, Laroyenne et Condamin.

La discussion fut rouverte en 1900 (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*), où Routier fournit une statistique de 41 cas d'hématocèles dont plusieurs suppurées traitées par laparotomie et 2 cas de drainage abdomino-vaginal après laparotomie latérale. D'ailleurs la question est de nouveau mise d'actualité au Congrès de chirurgie de 1908 et traité dans le *Lyon chirurgical* de 1909 par Albertin et Desgouttes, où Albertin subsidiairement à une étude de la grossesse tubaire expose le traitement qu'il juge approprié aux hématocèles simples ou suppurées.

En général toutes les discussions auxquelles nous venons de faire allusion roulent sur le traitement des héma-

tocèles simples. Lorsque l'infection est en jeu, l'accord devient unanime et les partisans les plus déterminés de la laparotomie lui préfèrent la colpotomie. On peut cependant signaler un premier désaccord dans ce concert si unanime. Pozzi, en 1908, comme nous l'avons déjà dit, fit, au Congrès de chirurgie, ses réserves sur le traitement des hématoécèles infectées par la colpotomie, prétendant que le diagnostic d'infection était le plus souvent impossible à formuler. Nous avons vu comment Albertin répondit à cette affirmation et démontra que la plupart du temps un tel diagnostic pouvait être posé. Mais malgré tout de plus en plus s'impose l'idée que la colpotomie n'est qu'une opération palliative, capable d'obvier aux accidents immédiats, mais qu'elle n'a pas, du moins dans un certain nombre de cas, une valeur curatrice absolue. Il est bien certain que nous ne saurions nier les avantages que présente cette opération d'ailleurs bénigne. Combinée avec le drainage à la partie déclive du cul-de-sac de Douglas, elle permet la plupart du temps une évacuation suffisante du pus à condition que l'on ait affaire à une poche unique et que l'on ait accompagné l'incision d'une exploration poussée aussi loin que possible, à travers le Douglas, de la région rétro-utérine. Aussi lorsqu'une collection sanguine, infectée ou non, est nettement rétro-utérine, qu'elle bombe fortement dans le cul-de-sac vaginal postérieur, enfin surtout lorsqu'elle est nettement circonscrite au petit bassin, il n'y a guère d'hésitation possible et la colpotomie suivie de drainage vaginal est réellement l'opération de choix. C'est la voie la plus courte qu'il faut prendre et de même que pour inciser un abcès on le fait là où il bombe au maximum, de même pour atteindre

cette collection purulente, on y accède par le trajet le plus direct : la voie vaginale.

Par contre, il est tout un ensemble de griefs que l'on a élevé contre la colpotomie, et qui tous peuvent se résumer en un mot : elle n'est pas curatrice. En effet, comme l'a dit Albertin dans son article du *Lyon Chirurgical* 1909, par une incision vaginale dont les dimensions sont au maximum de 4 à 5 centimètres, il n'est pas question d'une opération idéale, et dans le cas où des lésions annexielles accompagnent l'hématocèle, de castration plus ou moins complète.

Dans un certain nombre de cas cependant, des ablations d'annexes ont pu être faites par cette voie. C'est ainsi que dans les archives de Tocologie de 1896, nous relevons 15 cas dans lesquels Gouilloud a enlevé chaque fois la trompe lésée. Un cas semblable est rapporté dans le travail de Cleu, provenant du service d'Albertin. Semblable ablation ne peut avoir lieu que lorsqu'il n'y a pas d'adhérences. Or, si bien souvent les hématocèles sont uniloculaires, lorsqu'il y a des lésions annexielles, il se crée des poches cloisonnées par des adhérences qui gênent l'excision. Puis, à vrai dire on opère un peu à l'aveuglette, et une dissection, pour peu qu'elle soit minutieuse, par cette voie risquerait d'amener des accidents comme la blessure du rectum, ou même chose plus grave, d'une anse d'intestin grêle.

Autre reproche : « Après de telles interventions on peut voir l'hémorragie continuer, on en est réduit, si l'on ne peut ou bien si l'on ne veut pas pratiquer la laparotomie, à renforcer le tamponnement en le combinant soit à la constriction abdominale par un bandage de corps, soit à

l'application permanente de glace. Ce sont de petits moyens et peu satisfaisants. »

Il est vrai que l'on peut rétorquer à cet argument qu'au cas d'hématocèle infectée, la collection sanguine doit être formée depuis longtemps. Son évolution est depuis longtemps arrêtée et il n'y a pas à craindre les accidents hémorragiques à répétition qui peuvent se produire dans les hématocèles récentes. La question a d'ailleurs été soulevée à la *Société de Chirurgie* en séance du 5 juillet 1899. Reynier apporta 2 cas d'hématocèles, dont un soupçonné d'infection, traités par la colpotomie, et où l'on dut faire une laparotomie d'urgence. Dans la discussion qui s'en suivit, Pozzi fit une distinction entre les grossesses extra-utérines récemment rompues et les hématocèles proprement dites ou hémorragies anciennes enkystées dans le bassin : « Il est possible, dit-il, d'avoir des accidents hémorragiques, mais c'est surtout dans le cas d'hématocèles récentes. Il se passe alors ce que l'on voit dans les grossesses lorsque le fœtus vit et que l'on détache le placenta. Si, au contraire, le fœtus est mort, on n'observe pas d'hémorragie ; n'abordez les hématocèles qu'après quinze jours que l'hémorragie est arrêtée vous n'aurez jamais d'accidents. Dans une thèse de 1910-1911, Buisson inspiré par Albertin, a mis en lumière cet arrêt des hémorragies que l'on pourrait nommer actives, et qui sont dues à l'expansion du kyste fœtal, coïncidant avec la mort du fœtus. Sans doute, dans un certain nombre de cas, cela est vrai, mais pas toujours, puisque dans l'une au moins des observations de Reynier, il y avait plus d'un mois et demi que l'hématocèle était en évolution, et que même on craignait la suppuration. Il s'agissait en effet d'une ma-

lade de 39 ans, entrée le 7 décembre 1898, salle Gosselin. Elle avait eu ses dernières règles le 15 septembre. En octobre, elle eut pendant quelque temps des pertes minimes de sang ; elle perdait chaque jour quelques gouttes croyant toujours avoir ses règles.

A son entrée dans le service, on constate un utérus immobilisé. Dans le cul-de-sac gauche on sentait une tumeur difficile à délimiter et de la grosseur du poing. La malade était pâle, les traits tirés, mangeait mal, avait de la fièvre : le soir, $37^{\circ} 8$ à 38° . Le diagnostic hésite entre une hématoçèle et une collection suppurée. La malade est mise au repos au lit avec de la glace sur le ventre. La malade se remet à perdre en rouge. Huit jours après son entrée dans le service, elle prend une syncope. Le lendemain le pouls est rapide, la figure est jaune pâle, tirée, le ventre non ballonné, on s'abstient. La température varie de $38^{\circ} 5$ à $38^{\circ} 9$ le soir. Le 27 décembre, douze jours après la crise actuelle, pensant à une hématoçèle suppurée on fait une ouverture du cul-de-sac postérieur.

Après ouverture, s'écoule un peu de sang noir ayant l'apparence de vieux sang. Le diagnostic se confirmant, Reynier prit une pince munie d'une éponge et l'enfonça dans l'ouverture pour agrandir l'incision par écartement des branches. Le sang se mit alors à couler rouge avec une telle abondance que la vie de la malade était en danger. Il fallut faire un tamponnement du vagin immédiat, combiné à une laparotomie avec ouverture en un seul temps de l'abdomen. L'on voit le sang rouge s'écouler au niveau des anses intestinales. Reynier place une pince sur les deux artères utéro-ovariennes et enlève les deux annexes droites et gauches. La terminaison se fit d'une

façon satisfaisante. On voit donc, d'après cette observation, que le temps n'est pas toujours un facteur de sécurité.

D'ailleurs, cette hémorragie peut ne pas être immédiate et c'est seulement les jours qui suivent que l'on voit quelquefois l'hémorragie se reproduire dans un foyer infecté.

Voilà donc une deuxième raison qui milite parfois en faveur de l'insuffisance de la colpotomie.

En troisième lieu, le fait qu'on ne peut pas toujours extirper le placenta et le fœtus, si l'hématocèle est habitée, constitue un inconvénient à la colpotomie.

« L'ablation incomplète, outre qu'elle peut être une cause d'hémorragie, laisse en place, dit Albertin, des masses constituées par des strates de fibrine, du péritoine épaissi, des débris de trompe lacérée, des résidus placentaires, tout cela constituant une coque entourant l'utérus comblant le petit bassin. Les malades porteurs de telles lésions souffrent pendant de longs mois et sont exposées à de nouvelles poussées infectieuses qui peuvent être très graves. »

D'ailleurs, en nous plaçant uniquement au point de vue de la rétention du placenta et des débris fœtaux infectés, des dangers qu'elle présente et des difficultés que l'on éprouve parfois à évacuer par l'incision vaginale ces débris fœtaux-placentaires, il nous faut remonter à la pathogénie des hématocèles et nous verrons alors que, si lorsque l'on considère seulement la collection hématique en elle-même, la conduite à tenir peut paraître simple et la colpotomie sembler remplir suffisamment toutes les indications opératoires ; il n'en est plus de

même dans la réalité des faits et que la détermination à prendre est beaucoup moins simple.

Si la collection hématique non infectée, peu abondante et bien enkystée peut être souvent abandonnée à elle-même, il est un autre fait non moins incontesté, c'est que la collection infectée doit être évacuée le plus tôt possible; mais alors intervient un facteur qui va compliquer le problème: l'état de la trompe. Cette trompe qui baigne en foyer septique, quelles sont ses altérations? est-elle vide ou que contient-elle? Ces questions sont primordiales et de leur solution peut dépendre pour l'avenir une résolution opératoire.

Dans l'hématocèle ordinaire par rupture de la grossesse la trompe évacuée par la brèche ainsi formée son contenu dans le bassin. Elle se referme ensuite rapidement et même en cas de suppuration pelvienne consécutive, l'utérus et les annexes peuvent garder leur intégrité complète; ce qui le prouve ce sont des cas de grossesses survenant après de pareils accidents. A ces cas simples doit correspondre une thérapeutique simple: la colpotomie.

Lorsqu'il s'agit d'avortement tubo-abdominal avec expulsion de l'œuf hors de la trompe, la destinée de cet organe est moins sûre. En effet la trompe ne se vide pas d'emblée généralement de son contenu comme par l'orifice d'une déchirure, elle l'expulse peu à peu et pendant ce temps l'écoulement sanguin est entretenu et le tractus génital renferme, du pavillon à la vulve, une colonne sanguine continue qui sert de fil conducteur à l'infection. Aussi doit-on penser que l'avortement tubaire expose à des hématocèles plus volumineuses et plus souvent infectées que la rupture tubaire. Si alors on n'intervient pas

une colpotomie pure et simple avec drainage, on laisse la trompe infectée et il en résulte par la suite une salpingo-ovarite avec tous ses dangers.

L'avortement tubo-abdominal avec rétention ovulaire à trompe ouverte expose à des dangers plus grands encore que dans le cas précédent. Vautrin, auquel nous empruntons la majeure partie des faits que nous exposons, nous cite le cas d'ailleurs un peu spécial d'une double grossesse tubaire dont l'une était rompue donnant naissance à une hématoecèle non infectée et l'autre suivie d'avortement tubaire avait causé l'infection de la collection sanguine.

La rétention ovulaire en effet, comme nous l'avons déjà dit dans un chapitre précédent, entretient l'hémorragie et multiplie ainsi les chances d'infection. Si la trompe reste ouverte et retient la masse ovulaire, le foyer infecté se prolonge jusque dans la cavité tubaire et dès lors une simple colpotomie n'est plus suffisante pour amener la guérison ; il faut faire davantage et ici encore la laparotomie trouve ses indications. Dans le cas que nous citons il fut fait une laparotomie médiane suivie de drainage par le vagin après hystérectomie abdominale et la malade guérit sans complications.

Voici donc déjà tout un ensemble de faits qui prouvent que la colpotomie dans certains cas n'est pas suffisante pour débarrasser le Douglas et des débris placentaires ou fœtaux et des annexes malades et qu'il faut se résoudre à une opération plus complète : la laparotomie.

Mais dans un travail auquel nous avons déjà fait plusieurs fois allusion à la thèse de Pellet, nous trouvons également une justification de la théorie que nous exposons. Pellet

en effet, rapporte un certain nombre d'observations où l'on trouve coexistant avec une grossesse extra-utérine en évolution ou rompue une appendicite. Discutant de la conduite à tenir au cas où il aurait affaire à une collection enkystée et suppurée, coïncidant avec une appendicite, il dit « Alors qu'aujourd'hui ces cas relèvent de la laparotomie. Si l'abcès pelvien bombe nettement dans le cul-de-sac vaginal, on comprend que l'on puisse, comme drainage d'urgence, faire une colpotomie. Ce n'est pas que nous soyons partisans de l'intervention par la voie vaginale préconisée surtout en Allemagne et encore en France par Bouilly, Routier, Picqué, Segond, Pozzi et Ricord. Nous allons simplement au plus pressé en ouvrant une collection bombant dans le vagin, mais nous faisons suivre rapidement cette colpotomie d'une laparotomie médiane qui seule permet de réséquer la trompe malade et l'appendice enflammé. Enfin cette colpotomie servira à établir un drainage vaginal. » C'est évidemment là une opération qui associe les deux méthodes : colpotomie et laparotomie et qui termine par un drainage comme nous le préconisons. Voilà donc encore un cas où la colpotomie seule est insuffisante et où on doit lui adjoindre la laparotomie suivie de drainage.

Il est encore d'autres raisons qui militent en faveur de l'insuffisance de la colpotomie.

Dans une statistique portant sur 101 cas de grossesses extra-utérines rompues ou non, Hörmann trouve, lors de l'intervention, dans 26 cas, c'est-à-dire un quart des cas, des myomes de l'utérus ou de la trompe, des kystes de l'ovaire, des hydro-salpinx, des hémato ou des pyosalpinx et on conçoit que seule la laparotomie permette

l'ablation de ces tumeurs, étant donné surtout qu'au cas d'hématocèle infectée, la contamination de ces dernières a bien des chances de se produire.

Mais sans aller si loin, il est bien certain qu'une colpotomie, même suivie de drainage, et à plus forte raison une colpotomie simple, comme elle est préconisée dans la thèse de Cleu, ne saurait suffir toujours à une évacuation complète des caillots et des débris placentaires, même en admettant qu'ils soient désagregés et morcellés par la suppuration et souvent les courbes thermiques présentent assez longtemps des oscillations avant de revenir à la normale, oscillations qui sont dues à la rétention. Parfois on est obligé d'intervenir par des incisions itératives pour permettre une évacuation plus complète et un retour à un état général plus satisfaisant. Nous en trouvons une observation très caractéristique dans la thèse de Binard.

Il s'agit d'une femme M. S..., blanchisseuse, âgée de 38 ans. Après un retard d'un mois, une hémorragie survient accompagnée de douleurs violentes dans le bas-ventre. Les jours suivants, les pertes continuent. A son entrée à l'hôpital, le toucher fait reconnaître dans le cul-de-sac postérieur une tumeur séparée de l'utérus par un sillon peu profond. La tumeur semble fluctuante. Intervention le 8 décembre. Incision du cul-de-sac postérieur, ouverture au Douglas issue de près d'un litre de sang noirâtre coagulé, lavage de la poche. On place une mèche de gaze iodoformée; les jours suivants la mèche est remplacée par un drain. Le 24 décembre, après plusieurs injections d'acide borique, l'orifice pratiqué au cul-de-sac, donne issue à du sang coagulé noirâtre, d'odeur fétide en

quantité égale à 300 grammes. Drainage. Le 6 janvier il sort du pus verdâtre en assez grande quantité. Le 16 janvier, intervention de nouveau. On agrandit l'incision précédente ; on évacue une grande quantité de pus ; la cavité est bourrée de gaze iodoformée. La malade finit par se rétablir et la température redevient normale.

Enfin, toutes les hématoécèles ne sont pas comme la collection classique décrite par Nélaton, rétro-utérines. Il existe des hématoécèles antérieures pointant vers l'abdomen auxquelles la colpotomie n'est pas applicable (thèse de Bertrand 1894). Enfin la plupart des hématoécèles un peu volumineuses, ne sont rétro utérines que de nom, la collection suppurée est plutôt péri-utérine. Il est donc possible de penser que là encore la seule colpotomie fournira un nettoyage insuffisant du petit bassin.

Mais ce n'est pas tout que d'essayer de montrer l'insuffisance d'une méthode, il faut se demander quelle thérapeutique opposer à ces cas où la colpotomie est insuffisante. Faut-il faire d'emblée une opération curative, c'est-à-dire une laparotomie que l'on complètera comme nous l'exposerons plus tard par un drainage vaginal et abdominal ? Faut-il, au contraire, faire une colpotomie à laquelle on adjoindra ensuite une laparotomie secondaire ?

Nous savons que des objections sérieuses ont toujours été élevées contre la laparotomie ; c'est une opération grave ; on risque d'infecter le péritoine et d'amener ainsi la mort par généralisation. La littérature médicale permet de rassembler un certain nombre d'observations où des accidents mortels ou très graves ont suivi de semblables interventions. Pourquoi alors ne pas aller au plus

pressé en évacuant le pus par une ouverture vaginale et faire ensuite une laparotomie secondaire une fois la poche purulente en partie évacuée. Les partisans de la laparotomie secondaire reculent devant une opération curative d'emblée; ils la trouvent trop grave et trop débilitante pour une malade dont l'état général est précaire, et pour prendre un terme de comparaison, ils se comportent comme les chirurgiens qui, au cas d'appendicite aiguë, évacuent d'abord l'abcès appendiculaire, et dans un second temps, procèdent à l'ablation de l'appendice.

Cette méthode de traitement des appendicites a sa raison d'être en ce que l'on se trouve en présence d'une infection à foyer bien limité, abcès péri-appendiculaire, que le pus d'appendicite est ordinairement très virulent, et que l'on risque en opérant autrement, la péritonite généralisée.

Avons-nous les mêmes raisons au cas d'hématocèle infectée? Nous ne le croyons pas. Le pus des hématocèles est très souvent stérile comme l'ont montré les recherches de Quénu et Tuffier. Sans doute cette stérilité fréquente n'est pas toujours un facteur d'inocuité absolue, et certains épanchements où il est impossible de trouver des germes pathogènes peuvent causer des accidents septiques; mais s'il en était toujours ainsi, les hématocèles infectées qui sont souvent des poches mal délimitées dont les parois sont formées par de l'épiploon adhérent aux organes du petit bassin par des anses intestinales réunies par de fausses membranes ou même seulement agglutinées, où parfois même il n'existe aucune trace d'enkystement, ce qui n'a rien d'étonnant, car l'épanchement se fait en péritoine sain, devraient donner naissance très souvent à des accidents de péritonite généralisée comme

il arrive par exemple lorsqu'un pyosalpinx se rompt dans le péritoine. Par suite, dans les hématoécès infectées, la laparotomie, d'emblée, n'aura pas les caractères de gravité qu'elle présente dans les autres infections. Ensuite, le séjour prolongé de débris placentaires et fœtaux en voie de sphacèle, d'annexes malades, le nettoyage incomplet de la cavité péritonéale au cours d'une colpotomie préalable, tout cela ne crée pas un milieu tellement différent du premier au point de vue du danger de l'infection péritonéale, qu'on puisse au cours d'une laparotomie secondaire courir moins de dangers qu'au cours d'une opération qui, d'emblée débarrasse la cavité péritonéale des produits septiques qu'elle renferme.

Mais puisque l'on vient de faire une opération complète, l'on peut se demander qu'elle va être l'utilité du drainage? Ne vaut-il pas mieux après un nettoyage complet de la cavité pelvienne refermer la plaie abdominale sans drainer? Il nous faut donc envisager maintenant une question toute aussi importante que celle que nous venons de traiter: le drainage. Il n'est guère de question plus discutée en gynécologie. Depuis les travaux américains de Murphy et de Fowler et leur stastique sur les péritonites généralisées, on a cherché à mettre en jeu et à laisser agir seuls les moyens de défense de la séreuse péritonéale.

Rhen de Francfort, Rotter et Voelcker avaient déjà restreint les indications du drainage; la question a été portée devant le Congrès de Berlin 1911 et plus récemment au Congrès de chirurgie de Paris. Au point de vue gynécologique, le sujet n'est pas neuf. Peasle, en 1855, conseillait déjà le drainage par le Douglas. Spencer Vells, Billroth, Nüsbaum, Nélaton cependant ne l'employaient pas.

En 1865, Kœberlé de Strasbourg, employa les drains en verre. Tessier, Trélat, Lawson-Tait l'employaient de façon plus régulière. En 1886, Pozzi introduisit en France le drainage par tamponnement et capillarité de Mickulicz. Il eut d'abord un grand succès, mais on en reconnut ensuite les inconvénients qui sont : l'éventration fréquente, 44 % des cas, et l'infection secondaire par rétention des sécrétions purulentes ou infection extérieure. Condamin, Tessier et Quénu lui portèrent un grand coup par l'introduction en France de la péritonisation. En Amérique le drainage fut combattu par Kelly (opérative gynécologie 1907, vol. II^e p. 33), en Allemagne, par Olshausen 7 drainages sur 1555 cas de laparotomie, en France par Pollosson de Lyon et Lejars de Paris.

Il est évident que le pouvoir de résorption du péritoine est considérable, mais ce phénomène est souvent nuisible car il peut favoriser la diffusion des toxines dans tout l'organisme. La séreuse péritonéale est surtout disposée à lutter contre l'infection par son pouvoir d'exsudation plastique qui lui fait faire des adhérences localisatrices.

Aussi croyons-nous que le drainage doit avoir des indications beaucoup plus restreintes qu'autrefois. Mais le supprimer complètement et se fier uniquement à l'action vitale du péritoine comme processus de défense cela peut paraître au moins téméraire à l'heure actuelle. Nous admettons donc que lorsque la laparotomie s'est passée normalement, s'il n'y a eu ni ouverture de l'intestin, ni évacuation d'une cavité septique ou suspecte, il n'y a aucun inconvénient à refermer complètement l'abdomen même en laissant dans la cavité péritonéale une quantité plus ou moins grande de sang. Mais si l'asepsie est dou-

teuse, comme au cas que nous envisageons, si on a rompu au cours de la décortication des annexes une poche suspecte ou même septique, s'il s'est écoulé du pus, il faut alors discuter la nécessité du drainage. Il est bien certain que si les surfaces suintantes ou cruentées peuvent être soigneusement péritonisées et asséchées, le drainage peut paraître inutile, mais bien souvent il n'en est pas ainsi. L'ablation des annexes a pu être difficile, il reste des surfaces dépéritonisées surtout, comme c'est le cas, pour ces poches d'hématocèles, on se trouve en présence de surfaces suintantes et malgré tout il est impossible de faire un assèchement complet du petit bassin ; dans ces cas le drainage reprend ses droits car il termine l'évacuation complète des résidus septiques et il favorise la création d'adhérences protectrices. D'ailleurs il ne faut pas s'illusionner sur ce dernier point, les tendances de la chirurgie actuelle sont contraires et cette création d'adhérences est moins recherchée qu'auparavant, car elle peut laisser par la suite des brides qui sont la cause de désordres ultérieurs ; aussi y remédie-t-on en induisant les drains et les mèches d'huile camphrée selon la pratique d'Albertin.

D'ailleurs, c'est cette nécessité du drainage dans les cas septiques qu'Hartmann, de Paris a soutenue au *VI^e Congrès national de Gynécologie et d'Obstétrique*. L'analyse d'un millier de cas de cœliotomies consécutives, l'a conduit à conclure à son incontestable utilité, chaque fois qu'une poche suppurée a été rompue au cours de l'opération, qu'il existe des surfaces suintantes ou que les anses intestinales ont été intéressées au cours de décortications laborieuses. Il ne fait pas de distinctions entre les pus sep-

tiques et aseptiques. Il place ordinairement un drain de caoutchouc au voisinage de l'angle pubien de la plaie abdominale. Enfin, il a recours, au cas où une péritonisation complète semble impossible, au drainage vaginal et au cloisonnement.

Le procédé de drainage que nous préconisons, est le drainage abdomino-vaginal. Il trouve son indication, d'après Albertin, dans les circonstances suivantes : L'impossibilité de la péritonisation, l'existence dans certains cas d'une infection des diverticules intra-péritonéaux, de membranes ou de strates siégeant dans l'S iliaque et en arrière du cœcum. Une dernière indication serait l'isolement par des adhérences du petit bassin et de la grande cavité péritonéale créant une poche anfractueuse insuffisamment drainée par le vagin. Une autre indication vient parfois de ce que la poche remonte plus haut que la cavité pelvienne, et peut envahir une partie de la cavité abdominale en refoulant les anses intestinales.

La technique de l'opération préconisée, comprend deux temps : Dans un premier temps, l'on fait une laparotomie médiane et sous-ombilicale. On pourrait discuter si une laparotomie transversale (incision de Pfannenstiel), n'est pas préférable. Elle prédispose moins aux éventrations ; elle est plus esthétique que l'incision médiane, mais elle est contre-indiquée par la suppuration de la poche hématique et par le drainage abdomino-vaginal, drainage moins facile qu'avec une laparotomie médiane. Un autre fait qui milite en faveur de la laparotomie médiane, c'est que la suppuration de la plaie de l'incision transversale est souvent très longue.

Le drain employé sera le gros drain de caoutchouc très

souple, d'après Albertin, accompagné d'une mèche ou deux, disposées parallèlement à lui et imbibées d'huile camphrée afin d'éviter autant que possible la formation des adhérences. Ce procédé combine trois modes de drainage : le drainage vaginal qui s'amorce par la simple action de la pesanteur ; le drainage abdominal où le drain fonctionne par l'effet de la pression abdominale, enfin, le drainage par capillarité qui permet d'assécher de bas en haut des clapiers placés en contre bas du drain vaginal.

Un dernier procédé de technique, qui a aussi son importance, puisqu'il permet d'éviter l'éventration dans une certaine mesure, consiste dans la limitation de la brèche péritonéale au niveau du drain abdominal par un fil de soie long dont les bouts pendent à l'extérieur. Et après avoir cité son manuel opératoire, nous terminons en exposant l'opinion d'Albertin sur la valeur thérapeutique de ce procédé : « Le drainage abdomino vaginal trouve rarement des indications, mais lorsqu'il est indiqué on ne doit pas chercher à l'éluder, rien ne peut le remplacer. Il y a dans cette pratique une mesure de sécurité qui, dans les cas complexes et presque désespérés, a ramené les suites opératoires à une extrême simplicité. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Patel).

D..., 33 ans, dévideuse. La malade s'est toujours bien portée jusqu'à l'accident actuel. Elle a eu trois enfants à terme qui sont actuellement en bonne santé. Les accouchements ont été normaux. Elle a toujours eu des pertes blanches abondantes. Le 18 mai 1911, ses règles qu'elle attendait à cette date ne sont pas venues, puis, brusquement, le 3 juin, la malade a ressenti de violentes douleurs dans le bas-ventre, sans état syncopal, mais s'accompagnant de pertes de sang noirâtre qui durèrent jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 16 août 1911. Les douleurs d'abord calmées présentèrent des recrudescences pendant le mois de juin et une partie du mois d'août. Tous ces symptômes s'accompagnaient de fièvre et de mauvais état général nécessitant l'entrée dans un service hospitalier.

A l'arrivée à l'hôpital, grossesse extra-utérine droite, hématoçèle ancienne infectée et volumineuse, adhérences intimes de l'intestin et de la trompe opposée. Castration totale par hémi-section interne. Drainage abdomino-vaginal. Intervention le 18 août 1911 ; anesthésie à l'éther, laparotomie sous-ombilicale médiane. Le péritoine ouvert, on tombe sur un bloc volumineux coiffé par l'intestin. On dégage les adhérences intestinales et l'on voit alors la tuméfaction apparaître noirâtre avec les caractères habituels des hématoçèles. En continuant à dégager l'intestin, la poche est ouverte, il s'écoule alors un mélange de sang et de pus d'odeur infecte. Assèchement avec des compresses. On reconnaît alors une grossesse extra-utérine droite avec placenta complètement désagrégé par la suppuration. La trompe

est méconnaissable. En cherchant le fond utérin on s'aperçoit que la trompe gauche est elle-même comprise dans la poche, elle est noueuse et également suppurée.

On se décide alors pour une castration totale; celle-ci est faite par hémi-section utérine étant donné la difficulté que l'on a à séparer les annexes gauches et les rudiments d'annexes droites. La cavité pelvienne ainsi dégagée, l'S iliaque apparaît plaqué contre la paroi postérieure du pelvis. Le méso est rétracté, de faibles dimensions, si bien qu'il est impossible d'attirer le péritoine de la vessie au devant de l'S iliaque. On ne peut songer ainsi à faire une péritonisation. Du reste la poche suppurée remontait plus haut que la cavité pelvienne. Un gros drain entouré d'une mèche est glissé dans le vagin et ressort par la partie inférieure de la paroi abdominale. Fermeture de l'abdomen.



Suites opératoires. — La température qui était de 39° 8 la veille au soir, tombe le soir de l'opération à 39° 5 et se maintient ainsi jusqu'au quatrième jour. A partir du 21 août chute progressive jusqu'au 22. Température le soir, 38° 2. Le 23 août, ablation du drain. La température remonte le soir à 39° et atteint le 25 au soir 39° 4. Aucun phénomène inquiétant du côté péritonéal. A partir du 25, descente progressive et le onzième jour la température tombe à la normale. La guérison s'est poursuivie sans accident, sauf le 4 septembre, un abcès de la partie inférieure de l'abdomen qui a disparu. L'appendice n'a pas été vu. La malade quitte le service guérie. La malade a été revue par nous ces jours derniers. Elle a repris son travail

dès sa sortie de l'hôpital et depuis son état général s'est toujours conservé excellent. Elle ne présente plus aucune douleur abdominale et au niveau de la cicatrice il n'existe aucune trace d'éventration.

OBSERVATION II (Albertin).

C... J., 30 ans, grossesse utérine au quatrième mois Intervention, extirpation par la voie abdominale et drainage abdomino-vaginal.

La malade entre dans le service de M. Albertin, le 13 juin 1905.

Elle n'a jamais eu de fausses couches, pas de maladies antérieures. Un enfant mort il y a un an de méningite suraiguë. Pas de pertes blanches.

La malade a eu ses dernières règles le 5 février 1905. Durant tout le mois de février la malade avait, à la suite du moindre effort, de petites pertes sanglantes. En même temps son ventre grossissait et elle éprouvait quelques symptômes de grossesse comme picotement des seins, malaises et changement de caractère.

Elle eut également de la constipation opiniâtre avec des crises douloureuses accompagnées parfois de syncopes chaque fois qu'elle allait à la selle. La malade maigrissait beaucoup.

A son entrée dans le service, on pose le diagnostic de grossesse datant de quatre mois. A l'inspection on constate une déchirure complète du périnée et le rectum n'est séparé du vagin que par une cloison recto-vaginale amincie.

Au palper abdominal on sent une grosse masse un peu bilobée qui pointe à droite surtout. Cette masse n'est pas mobile, elle paraît occuper tout le petit bassin. Le col est mou, œdémateux, légèrement entrouvert.

Le 27 juin, on constate de l'œdème du pied gauche. La température varie autour de 38°. La malade souffre beaucoup du ventre malgré la glace qu'on y maintient et maigrit beaucoup.

8 juillet, la cachexie s'accroît; il y a de l'œdème des deux jambes. A la date du 7, la malade a perdu du sang qui vient sans doute

de l'utérus. La masse a augmenté de volume, elle remonte presque jusqu'à l'ombilic du côté droit. Elle est un peu moins volumineuse à gauche, elle est très dure, très saillante, presque sous la peau fixée et non douloureuse.

Le toucher vaginal mène sur le col qui est mou. Les culs-de-sacs vaginaux sont remplis par une masse dure irrégulière qui remplirait tout le petit bassin. Cette masse bombe dans le rectum dont elle rétrécit considérablement la lumière.

Le 12 juillet, on fait une laparotomie; il y a de l'œdème de la paroi. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic sous la forme d'un espèce de fuseau ne communiquant presque pas avec la cavité vésicale (la malade avait été sondée). On l'ouvre croyant entrer dans le péritoine. On suture par deux plans au catgut.

On dissèque le péritoine au-dessus de ce prolongement vésical.

On trouve un énorme kyste fœtal. Tout autour de ce kyste il y a des plaques de péritonite suppurée. Il s'agit d'une infection venue de l'intestin et en voie d'évolution vers l'intérieur du kyste. On enlève un placenta volumineux, des caillots sanguins ainsi qu'un fœtus macéré de 3 à 4 mois. L'hémorragie assez considérable au début s'est arrêtée. On fait une marsupialisation de la poche par quelques points et une compresse est mise entre le kyste et la masse intestinale au niveau d'une plaque de péritonite suppurée. On fait un drainage abdomino-vaginal.

L'amélioration est considérable; la malade qui était très cachectique reprend du poids. Les urines sont absolument claires y compris celles qui ont suivi immédiatement l'intervention. La température qui était de 39° 6 le jour de l'intervention, tombe à 38° 5 le lendemain au soir. Elle remonte et oscille aux environ de 39° à 39° 5 les 18, 19, 20 et 21 juillet; puis baisse ensuite très vite. On remplace le 27 juillet le drain primitif par deux drains accolés et une mèche vaginale. La température est alors à peu près revenue à la normale.

Le 15 août, la température remonte à 39° 5, par suite d'un peu de rétention. Elle retombe à la normale ensuite, et la malade sort le 24 août. La plaie abdominale n'est pas fermée: il existe une cavité qui se comble par bourgeonnement très régulièrement.

L'état général est excellent.

M. Albertin estime que dans ce cas extrêmement grave, l'emploi du drainage abdominal-vaginal a contribué dans la plus large mesure à sauver la malade.

Cinq ans et demi après, la malade revient de nouveau dans le service parce qu'elle présente au niveau de sa cicatrice abdominale une fistule, par laquelle se produit un écoulement sanguin au moment des règles qui, 6 mois après l'opération, sont revenues régulièrement. Une intervention pratiquée le 15 octobre 1910 montre que cette fistule communique avec la position isthmique d'une trompe, ce qui explique le flux menstruel. La malade sort guérie le 28 octobre.

OBSERVATION III

Hématocèle rétro-utérine. — Laparotomie et drainage abdomino-vaginal

G. . Marie, 32 ans. — La malade entre dans le service de M. Albertin le 10 mars 1906. La malade n'a jamais eu d'affections antérieures. Elle a eu deux accouchements à terme : l'aîné des enfants est mort par suite d'affection indéterminée.

Réglée à 15 ans toujours régulièrement. Leucorrhée ancienne. La malade entre parce qu'elle souffre du ventre. Début en décembre 1905. La malade attendait ses règles le 30 décembre 1905 ; elles ne sont venues que le 23 janvier 1906. Vers le milieu de décembre la malade a été prise de douleurs dans le bas-ventre, à début brusque, accompagnées de coliques, pas de vomissements. Le 20 janvier, la malade commence à perdre du sang et cette perte se renouvelle presque tous les jours. Il y a des douleurs principalement dans la fosse iliaque droite irradiées à tout le bas-ventre et exaspérées par la pression. Les mictions ne sont pas douloureuses. Il y a de la constipation. La température est de 37° à l'entrée.

Au toucher le col utérin est repoussé en avant, et il est impossible de le mobiliser.

Le Douglas est comblé par une grosse masse qui se prolonge dans

les culs-de-sac latéraux. C'est une hématocele rétro-utérine, peut-être infectée à traiter par la laparotomie.

L'intervention est faite le 23 mars 1906. On se trouve en présence d'une grossesse tubaire rompue.

En arrière du l'utérus, on trouve une trompe fissurée avec poche diverticulaire. La trompe a résisté partout ailleurs, et le kyste fœtal est isolé. La vessie est remontée plus haut que l'utérus. L'incision péritonéale cause une ouverture de la vessie qui est suturée aussitôt par deux surjets au catgut.

On évacue la poche qui ne peut être enlevée sans être rompue. L'infection n'est pas mise en lumière. Il existe des caillots mais pas de pus. On décortique le kyste fœtal pour en faire l'ablation. On fait un drainage abdomino-vaginal.

On place un mèche vaginale remontant dans la poche où elle se perd; une deuxième mèche plus longue abdomino-vaginale; une autre mèche se rendant dans la poche et sortant par l'abdomen pour drainer le suintement sanguin par capillarité. Suture de la paroi à deux plans avec arrêt par un fil de soie.

Le 20 avril on remplace au bout de quelques jours la mèche abdomino-vaginale par un drain, puis par des crins. La température, qui était montée à 39°8 les premiers jours qui ont suivi l'opération, baisse très rapidement et revient à la normale dès le 1^{er} avril. La malade sort complètement guérie le 30 avril 1906.

Dans le cas présent, l'infection de la poche n'a pu être certifiée, mais la laparotomie était nécessaire pour décoriquer ce kyste fœtal et le drainage abdomino-vaginal était indiqué par l'existence de surfaces suintantes. On voit que les suites en ont été très satisfaisantes et la guérison radicale très prompte.

OBSERVATION IV

Service de M. Albertin. Opérée par M. Patel

M. . . . Marie, 32 ans. — Hématocèle supprimée. Intervention le 1^{er} septembre 1911 : Excision de la trompe droite. Drainage abdomino-vaginal.

La malade entre le 29 août 1911 chez M. Albertin, elle est évacuée de la première infirmerie.

La malade a eu une rougeole dans l'enfance, des amygdalites nombreuses, une en 1909, une autre en 1910. Réglée à 14 ans assez régulièrement. Elle a un enfant de 9 ans en bonne santé, en 1903 elle fait une fausse couche de 4 mois.

La malade entre le 25 août dans le service de M. Commandeur. Ses dernières règles datent du 1^{er} juin.

Le 26 juillet elle fut prise brusquement d'une douleur très violente dans le bas-ventre, accompagnée de phénomènes généraux intenses. Le même jour elle eut une petite perte rosée, qui s'arrêta spontanément. Les douleurs disparurent bientôt et la malade put se lever. Le 30 nouvelle perte peu abondante.

Le 2 août elle eut une perte assez abondante brun chocolat et les douleurs très vives réapparurent. Ces pertes continuèrent jusqu'au 13. Le 14 la malade expulsa, au milieu de coliques, une caduque en forme de cœur.

Les jours suivants la malade continua à perdre. Un médecin consulté conseilla une opération chirurgicale. A son entrée à l'hôpital, la malade ne perd plus du tout, mais souffre d'une douleur très vive dans l'abdomen.

La température est de 37,5 le matin ; elle monte à 39,1 le soir.

On sent, à la palpation, une masse dure occupant la fosse iliaque droite, un peu douloureuse à la pression. La tumeur remonte à 12 centimètres du pubis.

Au toucher : l'utérus est légèrement augmenté de volume. Le col est ramolli et plaqué contre la symphyse. En arrière, on sent une

masse dure donnant une sensation ligneuse et comblant les culs-de-sac postérieurs et latéraux.

L'état de la malade se maintenant stationnaire, M. Patel intervient le 1^{er} septembre. Après laparotomie on tombe à droite sur une poche assez considérable qui, à l'ouverture, laisse sortir du pus mêlé de sang. On fait l'excision de cette poche constituée par la trompe, entourée d'adhérences et contenant un œuf de la grosseur d'une mandarine. On termine par un drainage abdomino-vaginal.

Le 4 septembre la malade se plaint de douleurs dans le mollet droit ; le lendemain la jambe commence à enfler.

Le 12 septembre nouvelle phlébite à gauche.

Le 25 octobre la phlébite des deux jambes est à peu près entièrement guérie. L'œdème a presque disparu ; l'état général est bon.

Le 16 novembre la phlébite a complètement disparu et la malade part à Marniole.

En résumé cette malade, dont l'état général était très grave, a guéri, croyons-nous, grâce au drainage abdomino-vaginal malgré une double phlébite. Ici encore le drainage abdomino-vaginal s'est montré le complément indispensable de la laparotomie.

CONCLUSIONS

I. — L'existence de collections sanguines dans le petit bassin est connue depuis longtemps, mais il n'y a guère qu'une cinquantaine d'années que leur étude rationnelle a été entreprise.

II. — L'infection des hématocèles est rare, surtout depuis qu'on leur oppose un traitement chirurgical plus précoce. Cette infection se fait par le tube digestif, le tractus génital ou par voie sanguine. Ce dernier mode d'infection étant le moins fréquent.

III. — Le diagnostic d'infection est basé sur l'état général de la malade, la température, l'état du pouls, l'augmentation de volume de la tumeur.

Le diagnostic différentiel se fait avec les collections suppurées du bassin, pyosalpinx rompu, pelvi-péritonite suppurée, appendicite qui peut coïncider avec une hématocèle suppurée. La ponction exploratrice de Faure pourra aider au diagnostic.

IV. — Les hématocèles suppurées ou infectées sont souvent justiciables de la colpotomie. Mais dans certains

cas, lorsque les annexes sont malades, lorsque par suite d'avortement tubaire incomplet il y a à craindre la rétention de débris fœtaux et placentaires infectés, lorsque l'on redoute une hémorragie récidivante, enfin quand il y a coïncidence d'une appendicite et d'une hématocele, il faut faire une opération plus complète : la laparotomie.

On complètera cette laparotomie par un drainage abdomino vaginal :

Quand il y aura impossibilité de péritoniser, lorsqu'il existera une infection des diverticules intra-péritonéaux, des strates fibrineux et des membranes sous l'S iliaque et en arrière du cœcum ;

Lorsque le petit bassin sera isolé de la grande cavité péritonéale.

Le Président de la Thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 29 novembre 1912.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

Bibliographie

ALBERTIN. — XXI^e Congrès de chirurgie, Paris, 1908.

ALBERTIN ET DESGOUTTES. — Lyon chirurgical, 1909.

ANDRAL. — Clinique médicale, 1829.

BAILLEUX. — Thèse de Paris, 1910.

BECQUEREL. — Traité clinique des maladies de l'utérus et des annexes.

BELZA. — Thèse de Bordeaux, 1897-98.

BERNEX. — Thèse de Bordeaux, 1904-05.

BERTHIER. — Thèse de Lyon, 1903-04.

BERNUTZ ET GOUPIL. — Clinique des maladies des femmes. 1860.

BERNUTZ. — Conférences cliniques sur les maladies des femmes.

BERTRAND. — Thèse de Nancy, 1894-95.

BESANÇON. — Thèse de Paris, 1904-05.

BINAUD. — Thèse de Bordeaux, 1892.

BOUILLY. — Thèse de Paris, 1895.

BOURDON. — Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin
(Revue médicale, 1841).

BOURSIER. — Précis de gynécologie.

CARDOT. — Thèse de Paris, 1910.

CESTAN. — Thèse de Paris, 1893-94.

CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration.

Centralblatt für gynécologie, t. XXXII, n° 48, novembre 1910. —
Les interventions chirurgicales en obstétrique.

CLEU. — Thèse de Lyon, 1910-11.

Congrès d'obstétrique et de gynécologie, Nantes 1901.

COUVELAIRE. — Thèse de Paris, 1900.

CURSHING. — La voie vaginale et la voie abdominale dans les affections inflammatoires du bassin (Med. News, septembre 1907).

DELANGLADE. — Congrès de chirurgie, 1899.

DELBET. — Traité des suppurations pelviennes.

DELORE. — Lyon médical, mars 1896.

DROSSIO. — Thèse de Paris, 1909-10.

DURHSEN. — Sur l'extirpation vaginale de la grossesse tubaire (Deutsche med. vorschenschrift).

FIGARI. — Montpellier, 1884-85.

FONVIELLE. — Thèse de Paris, 1888-99.

FRANCK. — Traité de médecine pratique, t. V, 1823.

GORWITZ RUBISTEIN. — Lyon 1899-1900.

GYNÉCOLOGIET D'OBSTÉTRIQUE (Annales de), juin 1910. — Le drainage abdominal en gynécologie à propos de 907 cœliotomies consécutives.

HARTMANN. — VI^e congrès national d'obstétrique et de gynécologie.

— Gynécologie opératoire, 1911.

HOWARD ET KELLY. — Opérativ. gynécologie, t. II, p 432.

ISELIN. — Le drainage efficace du péritoine (Zentralblatt für chirurgie, t. XXXVIII, n^o 13, avril 1911.

JACOBSON. — Journal de chirurgie et de gynécologie abdominale, p. 580, 1910.

KRIEN. — Thèse de Paris, 1898.

LABADIE, LAGRADE ET LEGUEU. —

LAROYENNE ET SOLLER. — Lyon médical, mai 1882.

L. LAROYENNE. — Thèse de Lyon, 1901-02.

LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires, Paris, 1886.

— Leçons sur la grossesse et l'hématocèle pelvienne.

LE BEC. — Journal de médecine de Paris, 1909, XXI, p. 78.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.

LEGUEU ET RIBLAUD. — Société anatomique, janvier et février 1893.

LEIT. — Thèse de Montpellier, 1897-98.

MARIGNY. — Thèse de Paris, 1890-91.

MASINI. — Grossesse extra-utérine et hématoçèle suppurée (Marseille médical, 1907).

OUI. — Thèse de 1894-95.

OUI ET VOUTERS. — Un cas d'hématoçèle rétro-utérine (Echo médical du Nord, Lille, 1909, XXII, p. 282.

PAQUY. — Thèse de Paris, 1896-97.

PELLET. — Thèse de Lyon, 1908.

PERDOUX. — Thèse de Paris, 1912.

PICQUARD. — Thèse de Paris, 1907-08.

PONCET. — Thèse d'agrégation, 1878.

— Hématoçèle (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

POZZI. — Traité de gynécologie.

Presse médicale, 15 avril 1911. — La colpotomie.

Presse médicale, 20 mai 1911, — La ponction exploratrice du cul-de-sac postérieur, par Faure.

REYNES. — XXI^e congrès de chirurgie de Paris 1908 : chirurgie des grossesses extra-utérines, voie haute et voie basse.

REYNIER. — Traitement chirurgical de l'hématoçèle rétro-utérine (Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1900).

RIEUX. — Précis d'hématologie et de cytologie, 1911.

ROUTIER. — La gynécologie, 1900.

STRASSMANN. — Falck. gothlack operation par voie vaginale, dans le traitement de la grossesse tubaire (séance de la Société de médecine berlinoise, mars 1902).

SURER. — Thèse de Paris, 1889-90.

TARTANSON. — Thèse de Lyon, 1910-11.

THÉVENARD. — Thèse de Paris, 1896.

THIRIAR. — Hématocèles rétro-utérines (Clinique Bruxelloise, 1908, XXII, p. 1021-1025.

Toulouse médical, 1908, p. 152-159.

VAUVERTS. — Du drainage après la laparotomie pour hématocèle rétro-utérine (Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 1910).

VAUTRIN. — La gynécologie, 1911.

VIGNARD ET ARMAND. — La leucocytose dans l'appendicite (Lyon chirurgical, mai 1910.

VIGNÈS. — Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme.

VOISIN. — Thèse de Paris, 1858.

